

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 209

De l'Occlusion spontanée
DU NÉO-PYLORE
après la Gastro-Entérostomie
pratiquée pour imperméabilité pylorique définitive

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 10 Mai 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André-Joseph CHAMARIER

né à Valence (Drôme), le 24 février 1892



LYON

Imprimerie du SUD-EST

JEAN DEPRELLE, ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 209

De l'Occlusion spontanée DU NÉO-PYLORE

après la Gastro-Entérostomie

pratiquée pour imperméabilité pylorique définitive

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
et soutenue publiquement le 10 Mai 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André-Joseph CHAMARIER

né à Valence (Drôme), le 24 février 1892



LYON

Imprimerie du SUD-EST

JEAN DEPRELLE, ÉDITEUR
3, Avenue de la Bibliothèque, 3

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. LÉPINE DOYEN
ROQUE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M).

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
	TIXIER
	BERARD
Cliniques chirurgicales	{
	FABRE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	ROLLET
Clinique ophtalmologique	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	LEPINE (J.)
Clinique neurologique et psychiatrique.....	WEILL
Clinique des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes.....	LANNOIS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ROCHET
Clinique des maladies des voies urinaires.....	NOVE-JOSSERAND
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	HUGOUNENQ
Chimie biologique	MOREL
Chimie organique et Toxicologie.....	MOREAU
Matière médicale et Botanique.....	GUART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	LATAPJET
Anatomie	POLICART
Anatomie générale et Histologie.....	DOYON
Physiologie	COLLET
Pathologie interne	MOURIQUAND
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	PAVIOT
Anatomie pathologique	VILLARD
Médecine opératoire	ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée.....	ETIENNE MARTIN
Médecine légale	COURMONT (P)
Hygiène	PIC
Thérapeutique	FLORENCE A.
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	VALLAS
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN
Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique.....	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
TAVERNIER	PIERY	FLORENCE G.	BONNET
CADE	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER chargé des fonctions

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, Président ; BÉRARD, Assesseur
MM. PATEL et LERICHE, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FIANCEE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE LYON
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui a bien voulu nous faire le
grand honneur d'accepter la présiden-
ce du jury de cette thèse.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARJON
MÉDECIN DES HÔPITAUX DE LYON

Qui nous a proposé le sujet de
cette étude et qui a bien voulu nous
aider de ses précieux conseils.

A TOUS MES MAÎTRES
A GRENOBLE ET A LYON

INTRODUCTION

La physiologie de l'orifice créé par la gastro-entéro-anastomose et les lésions qui peuvent l'atteindre ont fait l'objet de nombreux travaux au cours de ces vingt dernières années et tant par l'expérimentation que par l'observation clinique ou la radioscopie on s'est efforcé de déterminer les conditions du bon fonctionnement de ce pylore artificiel.

C'est d'abord Kelling qui, en 1900, montre, en opérant sur le chien, que l'estomac ne se vide en totalité par la bouche anastomotique que sur le cadavre. Cannon et Blake établissent ensuite que, malgré la gastro-entérostomie, l'estomac fonctionne comme un estomac sain, à moins qu'on ne pose une ligature sur le pylore. La radioscopie, avec Tuffier et Aubourg, Froin vient bientôt confirmer, ces résultats qui sont également ceux auxquels arrivent Legett et Maury et enfin Delbet qui reprend toute la question.

Dans le même temps, Tuffier, Roux, Montprofit publient des observations de réparation spontanée de la bouche anastomotique chez des sujets dont le pylore avait repris ses fonctions évacuatrices.

Tous ces travaux aboutissent ainsi aux mêmes conclusions, admises maintenant par la généralité des chirurgiens — malgré l'opposition de Hartmann — et qui sont les suivantes. *la bouche anastomotique tend à se fermer lorsque le pylore est ou redevient perméable ; elle reste béante au contraire et fonctionne alors véritablement comme un néo-pylore chaque fois que l'estomac ne peut se vider par la voie anatomique normale.*

Or, il nous a été donné d'observer dans le service de M. le docteur Barjon, à l'hôpital de la Croix-Rousse, deux malades chez qui, malgré une imperméabilité pylorique complète et définitive, la bouche gastro-jéjunale s'était peu à peu refermée.

Nous avons pensé que ces faits méritaient d'être connus et d'appeler quelques commentaires. C'est pourquoi nous allons les publier en même temps que huit cas semblables recueillis dans la littérature médicale ; nous essaierons ensuite de préciser les facteurs étiologiques de l'occlusion spontanée du néo-pylore, d'en fixer la symptomatologie, d'en découvrir le mécanisme pathogénique et d'arriver à un traitement de cette grave complication de la gastro-entérostomie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. le Dr Barjon, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon).

B... Jean. Entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 25 mars 1919, pour de la faiblesse générale et des troubles digestifs ayant commencé, il y a six mois.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Sa femme a eu huit grossesses et une fausse-couche. Actuellement quatre enfants sont vivants et bien portants ; 3 enfants sont morts en bas-âge d'affections intestinales.

Personnellement, le malade a eu une pneumonie à douze ans. De dix-huit à trente ans, fréquents maux de gorge avec dysphagie, mais pas de céphalée, pas d'éruption sur le corps, pas d'alopécie. Le malade nie la spécificité. Ethylisme modéré probable. En somme, bonne santé générale. Pas de troubles digestifs, à aucun moment.

Il y a six mois, après une période de surmenage, le malade a commencé à éprouver immédiatement après le repas, des douleurs épigastriques quelquefois irradiées dans le dos ou dans l'hypochondre droit et accompagnées d'une sensation de plénitude gastrique, de malaise général et de somnolence qui disparaissaient vers trois ou quatre heures de l'après-midi. Pas de douleurs tardives à ce moment. Peu après, apparaissaient des régurgitations acides, suivies de vomissements alimentaires qui calmaient la douleur.

Depuis deux mois des vomissements très abondants se sont manifestés à plusieurs reprises. Dans ces vomissements, le malade affirme avoir reconnu des aliments non digérés, tels que des morceaux de viande entiers ingérés deux ou trois jours auparavant. La présence de sang n'a jamais été constatée dans les matières rejetées, mais les derniers vomissements, alors que le malade ne prenait que du lait, présentaient une couleur noirâtre marc-de-café. Il y avait de la constipation habituelle, entrecoupée de périodes de diarrhée qui duraient un jour ou deux. Les selles étaient de couleur foncée. On ne peut savoir si elles ne contenaient pas de sang.

L'appétit est conservé et même augmenté, mais le malade mange peu à cause de la difficulté des digestions. En même temps qu'apparaissaient les autres symptômes, les forces ont décliné progressivement et à tel point que le malade a dû prendre prématurément sa retraite. Pas de troubles urinaires, sauf cependant une légère pollakiurie nocturne. Toux légère.

Actuellement, le malade est très amaigri ; son teint est assez coloré. L'abdomen est un peu ballonné dans sa moitié inférieure ; il y a une circulation collatérale très développée. De temps en temps des contractions péristaltiques se produisent spontanément ou sous l'influence du tapotement. Elles s'accompagnent de gargouillements. Il y a un léger clapotage. La palpation de la région hypogastrique et des deux flans n'est pas douloureuse : le malade éprouve seulement une gêne pénible lorsqu'on appuie sur la région de la fosse iliaque gauche, un peu en dehors de l'ombilic. L'abdomen est pâteux, dépressible. On ne perçoit ni tumeur, ni infiltration de l'ombilic, ou de la ligne blanche. Le foie n'est pas gros. La rate n'est pas perceptible. On sent de nombreux ganglions inguinaux, durs ; quelques ganglions axillaires ; pas de ganglions sus-claviculaires.

Le 26 mars, le malade présente une bronchite diffuse assez intense, sans symptômes spéciaux aux sommets. Il a de l'abhérome accentué, mais sans troubles cardiaques. Il y a cependant une légère albuminurie.

Ce qui domine le tableau clinique, ce sont les troubles

gastriques. Les signes fonctionnels extrêmement accusés, l'amaigrissement considérable font penser à une affection organique — néoplasme probablement — de la région du pylore, mais on ne perçoit aucune tumeur. La palpation, il est vrai, est gênée par la présence de matières dans le gros intestin (le sujet est très constipé). A signaler des ganglions intestinaux très nets des deux côtés. Les réflexes tendineux sont faibles. Il y a un signe de Romberg sans autres symptômes nerveux.

Le 31 mars, examen radioscopique après ingestion de lait bismuthé. L'estomac apparaît extrêmement dilaté et sa partie inférieure atteint le pubis. Il présente de fortes contractions très rapprochées qui ne sont pas suivies du passage du bismuth dans le duodénum. Enfin on constate que la bouillie ingérée quatre heures avant l'examen se trouve en entier dans l'estomac.

Le 1^{er} Avril ; le malade, qui a eu un grand vomissement de trois litres l'avant-veille, présente très nettement de la tension intermittente de l'épigastre. A certains moments, l'estomac se dessine absolument sous la peau. On ne perçoit toujours aucune tumeur. Il existe enfin un peu au-dessus de l'ombilic un point où la pression est plus particulièrement douloureuse.

Le diagnostic de sténose pylorique d'origine vraisemblablement néoplasique, étant posé, le malade passe dans un service de chirurgie pour y subir une intervention opératoire.

Le 3 Avril, celle-ci est pratiquée par le D^r Molin, qui constate que le pylore est fortement induré, mais sur une toute petite étendue. Il n'existe aucun ganglion dans le voisinage. On fait alors une gastro-entéro-anastomose au bouton. Les suites opératoires sont très bonnes.

Le 16 Avril, le malade s'alimente bien. On constate la présence de quelques râles de bronchite diffuse, au niveau des poumons.

Le 7 Mai, le malade revient dans le service du D^r Barjon. Il déclare qu'après l'opération il a repris de l'appétit et qu'il a bien digéré pendant une quinzaine de jours, sans reprendre de poids. Cependant après ce laps de temps, la digestion

est devenue plus difficile et actuellement la moindre absorption de liquide ou de solides provoque, à certains jours, du ballonnement et de la lourdeur (cela pendant trois ou quatre heures). Des vomissements sont survenus, précédés de brûlures gastriques. Les matières rejetées sont liquides, de couleur jaunâtre, sans aucune trace d'aliments non digérés ; la quantité varie entre un demi-litre et trois-quarts de litre, tous les deux jours. Pas de douleurs entre deux vomissements.

A la palpation, on trouve le ventre souple, sans points nettement douloureux. L'appétit est normal. Les selles sont normales. Ni constipation, ni diarrhée. Les signes de bronchite ont disparu. Pas de toux, ni d'expectoration.

Le 25 mai : le malade continue à présenter des troubles gastriques et surtout des vomissements qui se reproduisent tous les trois jours. Ces vomissements sont alimentaires, constitués par du liquide et des débris d'aliments et comme quantité atteignent la valeur d'un litre environ, chacun.

Le 26 Mai : le malade a eu la nuit précédente du méléna très abondant et il a rejeté par vomissement une certaine quantité de matières noires et gluantes.

Le 22 juin, le patient meurt de cachexie.

Examen radioscopique du 12 mai : Très grand estomac très abaissé sur le pubis. Contractions très fortes, mais peu prolongées. L'estomac paraît se mal vider.

Autopsie. — 23 Juin 1919 :

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve un très grand estomac avec un pylore qui paraît excessivement resserré et sans induration appréciable. Il ne s'agit pas de cancer. La gastro-entéro-anastomose, qui a bien tenu, est situé dans la partie postérieure du bas-fond.

On enlève toute cette partie inférieure de l'estomac et on la remplit d'eau : on s'aperçoit alors que cette eau ne s'écoule presque pas, ni par l'orifice anastomotique, ni par le pylore. Il existe donc une double sténose des orifices.

A l'examen des orifices, on constate que celui de la gastro-entéro-anastomose est réduit à une ouverture de deux à trois millimètres de diamètre.

On ne voit pas d'ulcère en activité à son voisinage. La muqueuse est normale, non enflammée.

Du côté du pylore, on trouve un petit ulcère profond, cratériforme, du volume d'un petit pois, situé tout-à-fait au voisinage de l'orifice pylorique. Ce dernier est réduit à rien et laisse à peine pénétrer un mince stylet. A un centimètre en dehors du premier ulcère, on trouve une cicatrice en dépression, du volume d'un grain de mil et qui paraît être due à un ancien ulcère.

La rétention était donc complète dans cet estomac qui ne pouvait absolument pas se vider.

Rien à signaler en ce qui concerne les autres organes.

OBSERVATION II

(Recueillie dans le service de M. le Dr Barjon. Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon)

B... Hippolyte, 60 ans, cordonnier. Entre à l'hôpital le 3 Mars 1919.

Rien à signaler au point de vue des antécédents héréditaires. Personnellement, le malade, qui est marié, a eu neuf enfants dont trois sont morts en bas-âge (l'un de tuberculose). Il jouissait habituellement d'une bonne santé, mais il avoue un léger éthylisme. Ni syphilis, ni tuberculose.

Depuis un an, le malade a de l'anorexie et se plaint de faiblesse générale. Des douleurs d'estomac sont apparues il y a deux mois, et s'accompagnent d'un amaigrissement assez rapide (1 kilog. au cours de la semaine dernière).

A l'examen du creux épigastrique, on constate que l'estomac se dessine fortement. Actuellement le malade souffre deux à trois heures après avoir mangé, mais il s'agit plutôt de pesanteur que de douleurs vraies ; en tout cas il n'y a jamais eu de souffrances vives.

Depuis deux mois, des vomissements surviennent tous les deux ou trois jours, remplissant chaque fois un plein crachoir environ. Jamais il n'a été constaté d'hématémèse, ni de méléna. L'appétit est conservé, mais le malade ne

mange pas beaucoup afin de diminuer ses souffrances. On constate de la tension intermittente de l'épigastre et à la palpation, on perçoit un ressaut, comme une petite tumeur, un peu au-dessus et à droite de l'ombilic.

L'examen radiocopique (3 mars) donne les renseignements suivants : grand estomac abaissé et dilaté après remplissage ; fortes contractions péristaltiques ; pas d'évacuation par le pylore. Rétention : après cinq heures tout le bismuth est encore dans l'estomac. Le cæcum ne se dessine même pas.

Le diagnostic de sténose pylorique, d'origine néoplasique vraisemblablement, est alors posé et le malade est envoyé dans le service du D^r Molin pour intervention chirurgicale.

Le 10 mars 1919, on pratique une gastro-entérostomie postérieure au bouton de Jaboulay pour néoplasme peu volumineux, mais de date relativement ancienne (2 ans environ), siégeant dans la partie inférieure de la petite courbure et étendu au pylore et aux deux faces de l'estomac. Eventration consécutive.

Le malade est définitivement guéri et sort le 5 avril 1919 du service.

Le 10 Avril : retour dans le service du D^r Barjon. Le malade n'a plus eu de vomissements depuis l'intervention chirurgicale et il s'alimente normalement ; mais il présente un peu de diarrhée.

Le 16 Avril, la diarrhée persiste ; elle a même augmenté.

Le 2 mai, le malade est revu. Il est allé assez bien jusqu'à ces derniers jours. Il pouvait s'alimenter, et ne vomissait plus. Mais depuis deux ou trois jours, il souffre de nouveau de l'estomac et présente des aigreurs après chaque repas. Il a eu quelques légères regurgitations, mais pas de vomissements vrais. On constate un peu d'éventration de la paroi au niveau de la cicatrice.

Le 10 juillet 1919, le malade est ausculté. Il présente de la submatité aux deux bases, des râles sous-crépitaux à la base droite et de l'obscurité respiratoire à la base gauche. Tension : 12 — 5.

Le 28 août, examen radioscopique qui fournit les renseignements suivants : estomac assez grand, allongé, sans bec pylorique ; contractions péristaltiques très fortes ; ondes pro-

fondes et fréquentes ; on ne voit rien sortir ni par le pylore, ni par l'orifice de la gastro-entérostomie.

Le 24 septembre, apparaît de l'œdème cachectique. Mort le 17 octobre 1919.

Autopsie. — (18 octobre 1919 :

L'estomac présente des dimensions modérées. Il n'est ni dilaté, ni distendu. A la partie inférieure de la petite courbure, on note une induration qui se continue sur le pylore et englobe toute la région pylorique ; l'ensemble a le volume d'une petite pomme. Au-dessous du pylore, il y a un gros ganglion, du volume d'une noisette. L'anse intestinale qui a servi à la gastro-entéros-anastomose est toujours en place et bien adhérente à la paroi gastrique.

A l'ouverture de l'estomac, on constate que l'orifice de la gastro-entérostomie est réduit à un pertuis très fin, laissant à peine passer un stylet. L'orifice pylorique est également complètement sténosé et s'il y a encore une légère perméabilité c'est par un petit pertuis à contours irréguliers qu'il est impossible de cathétériser avec un stylet. Le cancer est en somme limité à l'extrémité inférieure de la petite courbure, au vestibule prépylorique et au pylore proprement dit.

A l'examen du thorax, on constate une symphyse totale des plèvres des deux côtés et que tous les organes du médiastin sont entièrement englobés dans une sorte de gangue dure qui forme une masse d'une seule pièce dans laquelle il est impossible de disséquer ni l'aorte, ni la trachée, ni les gros vaisseaux.

Le cœur adhère également au médiastin et présente de la symphyse totale du péricarde. A la surface du viscère, à travers le péricarde on peut voir des bosselures qui se révèlent à la coupe, comme des noyaux cancéreux secondaires sous-péricardiques dont quelques-uns ont déjà envahi la fibre musculaire cardiaque.

Au niveau de la bifurcation des bronches, il y a un amas de ganglions extrêmement durs qui, à la coupe, apparaissent tachetés de nombreux points blancs qui semblent être de nature néoplasique.

En somme, il s'agit d'une médiastinite cancéreuse totale

avec péricardite et symphyse de même nature et noyaux secondaires dans le cœur.

Les poumons présentent de l'œdème généralisé et un certain nombre de noyaux indurés et noirs avec quelques points blancs (à la coupe), mais qui ne semblent pas être néoplasiques. Série de ganglions très durs au niveau du hile.

Le foie est petit, sans noyaux. Aucune lésion des reins ; macroscopiquement du moins. Rate normale.

Le bouton anastomotique qui n'avait jamais été éliminé, a été retrouvé dans le rectum.

OBSERVATION III

(Du Prof. agrégé Leriche. Lue à la Soc. de Chirurg. de Paris séance du 30 novembre 1910).

H..., 34 ans. Présente de l'hyperchlorhydrie et tous les signes d'une sténose pylorique : vomissements, dilatation et contractions péristaltiques de l'estomac.

Le 16 juin 1908, une gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay est partiquée. Guérison consécutive.

En septembre 1908, réapparition de douleurs tardives, puis signes de sténose pylorique (vomissements, contractions péristaltiques, stase gastrique).

Le 19 février 1909, M. Leriche rouvre le ventre. Il trouve la région pylorique fortement indurée. Au niveau de la bouche gastro-jéjunale, il y a de nombreux exsudats jaunes, récents, de péritonite plastique. Au palper, grosse induration irrégulière, cartonnée, donnant exactement l'impression d'un ulcère calleux. Cette induration porte à la fois sur l'estomac et le jéjunum, dont elle fait le tour complet. Il s'agit évidemment d'un ulcère peptique. M. Leriche pour mettre l'estomac au repos complet fait une jéjunostomie.

L'état du malade s'améliore et au bout de quelque temps, il peut prendre quelques aliments liquides par la bouche.

Le 21 avril 1910, le malade revient très affaibli, ne mangeant pour ainsi dire rien. Il y a de la stase gastrique.

Le 22, M. Leriche fait une anastomose de la face antérieure

de l'estomac avec l'anse jéjunale fistulisée. Le malade succombe le dixième jour d'une syncope.

L'autopsie fait constater que le pylore est oblitéré par une cicatrice d'ulcère et que l'ancienne anastomose est fermée.

OBSERVATION IV

(Pollosson et Violet, in *Lyon-Médical*, 1909, II, p. 1145)

Il s'agit d'une malade âgée de 60 ans, entrée à la clinique gynécologique le 16 novembre 1908 avec un passé de lithiasé biliaire (douleurs fréquentes à la région hépatique, deux poussées d'ictère et des crises aiguës pouvant être interprétées comme des coliques hépatiques). Amaigrissement considérable ayant commencé il y a deux ans.

A l'examen, on sent du côté droit, dans la région sous-hépatique une masse grosse comme le poing, bosselée, se déplaçant suivant les mouvements respiratoires, submate à la percussion, ne laissant aucune zone de sonorité intermédiaire entre elle et la matité hépatique. Au niveau du pli de l'aîne, on perçoit une tuméfaction du volume d'une noix, adhérente à la paroi, qui paraît être un ganglion dégénéré.

Un léger ictère des conjonctives, la décoloration des matières fécales, — tout faisait songer à une tumeur de l'arbre biliaire. L'âge de la malade, la présence de ce ganglion inguinal faisait faire le diagnostic de néoplasme. On s'arrête donc au diagnostic de néoplasme de la vésicule biliaire avec ganglions comprimant l'hépatique ou le cholédoque.

Intervention le 30 novembre 1908 (Professeur Aug. Pollosson). Incision sur le bord interne du muscle droit.

Dès le début de l'ouverture de la paroi, on s'aperçoit qu'il s'agit d'une tumeur rétro-péritonéale. On voit au-dessus la vésicule biliaire saine et distendue.

On cherche à se repérer et on trouve à ce niveau le pylore et la première portion du duodénum coiffant la partie supérieure de la tumeur, le côlon transverse et l'insertion épiploïque traversant la tumeur dans son équateur transversal. On incise entre le côlon transverse qu'on récline en bas et

le duodénum et le pylore qu'on repousse en haut. Mais on s'aperçoit bien vite que l'arc duodénal encadre toute la portion externe de la tumeur, tout en étant soulevé et aplati par elle. En dissociant les feuillets, on cherche un plan de clivage. La tumeur apparaît de plus en plus irrégulière, bosselée, formée de petites cavités hystiques bleuâtres. Elle paraît assez adhérente profondément.

Au cours de l'intervention, il se produit deux perforations assez larges et séparées par trois travers de doigt.

La tumeur tient à un pédicule inféro-externe qu'on sectionne aux ciseaux et qui correspond à un pédicule vasculaire. Hémostase. Résection de la partie du duodénum qui a été mutilée (première et deuxième portions).

On termine par une fermeture en cul-de-sac, une exclusion tant du côté du pylore que du côté de la deuxième portion du duodénum. On songe ensuite à pratiquer une gastro-entérostomie. Celle-ci est faite après une désinfection des mains et du champ opératoire, par la même incision gastro-postérieure transmésocolique au bouton de Villard (par le Dr Violet). On exclut ensuite la zone de décollement due à l'ablation de la tumeur par un bordage péritonéal très soigné et on transforme légèrement cette cavité.

Ablation de la petite tumeur de la paroi.

Fermeture du péritoine.

Pendant les premiers jours de l'opération, la malade a eu un peu de réaction péritonéale et quelques irrégularités du cœur. Puis une amélioration est venue, s'établissant progressivement.

Mais, dès le premier jour, on constatait une fistule biliaire au niveau du point où sort le petit Mickulicz. Cette fistule a duré jusqu'au 15 décembre suivant et pendant ce temps la malade maigrissait, pâlisait si bien qu'on se demandait s'il ne faudrait pas réintervenir pour faire un abouchement qui rétablirait le cours de la bile dans l'intestin. Vers le 5 décembre environ, on trouve dans le pansement, avec la bile, des débris un peu acides et grumeleux qui irritaient la paroi cutanée et qui pouvaient très bien avoir une origine intestinale ou gastrique. Mais l'absorption de lait ou de vin n'a pas démontré d'une façon nette l'existence d'une fistule.

Peu à peu rétrécissement très marqué de la cicatrice cutanée par laquelle ne sort plus bientôt qu'un liquide muqueux.

Deux mois plus tard, la malade revient avec des vomissements incessants. L'estomac, très distendu, descend jusqu'au pubis. De temps en temps on constate du péristaltisme. Aucun aliment solide ne peut être absorbé ; seuls les liquides passent. On diagnostique une oblitération de la néostomie et on décide une nouvelle intervention.

Laparotomie médiane (Dr Violet). On retrouve facilement l'ancienne anastomose : les surfaces adaptées ne sont pas séparées, mais on a de la peine à sentir avec la pulpe du doigt l'orifice de communication.

On renonce à une libération de l'ancienne bouche à cause de la grande vascularisation de cette zone. Il est impossible de faire une néostomie sur la portion d'estomac et d'intestin situées immédiatement en aval, à cause du siège très bas situé de la précédente.

Pour ramener l'intestin en iso-péristaltisme, on fait un nouveau retournement de l'anse. L'anastomose faite, on s'aperçoit que la circulation aura quelque peine à se faire dans la boucle comprise entre les deux néostomies et il semble prudent d'assurer la communication de cette anse bouclée avec l'anse située en aval de la gastro-entéro-anastomose. On fait une nouvelle anastomose intestinale à la suture.

Les suites opératoires ont été très simples.

OBSERVATION V

(Bérard, In *Lyon-Médical*, 1909, T. II, p. 1145)

« Il s'agit d'un malade auquel M. Delore avait fait un an auparavant une gastro-jéjunostomie postérieure au bouton, pour une sténose cicatricielle complète du pylore.

Six mois après les phénomènes de stase et les vomissements reparurent avec un estomac qui descendait jusqu'au pubis.

Je l'opérai dans le service de M. Poncet. Au niveau de

l'anastomose, l'anse jéjunale tordue d'un quart de tour sur elle-même et maintenue par quelques brides fibreuses, n'était plus accolée à l'estomac que sur la largeur d'un centimètre carré environ. Un pertuis de la dimension d'une tête d'épingle en verre subsistait au niveau de l'ancienne bouche entre l'estomac et l'intestin.

Je refis « in loco » une large anastomose à la suture.

Le malade est resté guéri depuis lors. »

OBSERVATION VI

(Rapportée par J. Kindl « in » Beitrage zur klin. Chirurg.)

T. LXIII, f. 1. Mai 1909, p. 36.

Philomène X, 61 ans, journalière, souffrit déjà, à l'âge de 21 ans, d'un ulcère de l'estomac pendant six mois.

Depuis deux ans et demi, de nouveau, violentes douleurs et vomissements fréquents et très abondants (4 à 5 litres), survenant par accès, au début tous les 15 jours en moyenne.

La malade a appris à se pratiquer elle-même des lavages d'estomac. Les douleurs n'ont jamais disparu entièrement. Pas de vomissements de sang.

A l'examen : on constate une voussure à la moitié supérieure gauche de l'abdomen. Clapotage gastrique très facilement perceptible à l'oreille. La limite inférieure de l'estomac descend jusqu'à deux travers de doigt de la symphyse pubienne. Le lavage fait rejeter environ trois litres de liquide. Dureté très nette de l'estomac.

Suc gastrique : HCl = 0,08, acide lactique : néant. Acidité totale : 65.

Le 12 mai 1906, première opération (par le Pr Schlöffner). On trouve une énorme dilatation de l'estomac qui descend jusqu'au petit bassin. A la partie antérieure du pylore il y a un ulcus de la grosseur d'une pièce de cinq francs avec bords relevés. Le pylore est à peu près complètement fermé. Une gastro-entérostomie postérieure est pratiquée, avec le bouton de Murphy. Légère bronchite consécutive. La mala-

de sort de l'hôpital le 11 juin 1906, ne ressentant plus de douleurs.

Après l'opération, elle s'est bien portée : pendant trois mois elle n'a ressenti absolument aucune douleur. Actuellement encore elle se trouve en meilleur état qu'avant l'opération. Cependant tous les trois jours environ, elle vomit, rejetant 2 à 3 litres de liquide. Pas d'hématémèse, pas de selles noires. Retour à l'hôpital le 3 juin 1907. A ce moment la limite inférieure se trouve entre l'ombilic et le pubis. Clapotage gastrique très distinct jusqu'à une longueur de main de l'ombilic. HCl : 0,14. Acide lactique : néant. Acidité totale : 58.

Deuxième opération le 6 juin 1907 (P^r Schlöffer). On trouve une forte dilatation de l'estomac. Le pylore est à peu près imperméable et à son niveau on constate la présence d'un ulcère à bords épaissis. La précédente ouverture faite par la gastro-entérostomie est complètement obstruée, remplacée par une tuméfaction qui fixe le jéjunum supérieur à l'estomac. Nouvelle gastro-entérostomie postérieure de 8 centim. de large environ avec suture à la soie, en double rang. Suites normales.

Au début de la réalimentation la malade a reçu tous les jours du bicarbonate de soude en solution.

Sortie le 3 juillet 1907. A ce moment, absence de toute douleur.

Jusqu'à présent la malade n'a plus souffert et elle a engraisé de 21 kilogs.

OBSERVATION VII

(J. Kindl « in » Beiträge zur klinischen Chirurgie)

T. LXIII. fasc. 1. Mai 1909

Célestin..., 31 ans, cultivateur. Depuis 1900, le malade ressent dans la région de l'estomac des brûlures et des regurgitations après les repas. La douleur s'est accrue depuis 1906 et en juillet de la même année on commence à pratiquer des lavages de l'estomac ; lavages que le malade s'est

mis à se faire lui-même quotidiennement en décembre. Il y a huit semaines une hématomèse est apparue.

Le 16 janvier 1907 le malade entre à la clinique. C'est un homme de force moyenne. A l'examen on constate que la limite inférieure de l'estomac descend au-dessous de l'ombilic. Clapotage gastrique très net. Aucune tumeur n'est sentie. Le chimisme est le suivant : présence de HCl ; pas d'acide lactique. Acidité totale = 70.

Le 18 janvier 1907 : première opération (Prof. Schlöffer). L'estomac est trouvé considérablement dilaté. Au pylore, une tumeur dure, bulbeuse qui obstrue à peu près complètement l'orifice pylorique et empiète sur la petite courbure. Une gastro-entérostomie postérieure au bouton de Murphy est pratiquée. Les suites sont normales. Le 7 février, le bouton est expulsé et le malade peut s'en aller le 9. A ce moment les douleurs étaient absolument nulles.

Huit jours après la sortie, des éructations acides se montraient, survenant après les repas. Les douleurs revenaient, progressivement croissantes et des vomissements apparaissaient de temps en temps.

Le 7 juin 1907 nouvelle entrée. On constate une large voussure au-dessus de l'ombilic. La contenance de l'estomac, mesurée par le lavage après le repas d'épreuve est de 3/4 de litre environ. Comme chimisme, on note : HCl : 0,23 ; pas d'acide lactique ; acidité totale : 75. A la pression, une douleur se manifeste dans la région médiane au-dessus de l'ombilic.

Le 17 juin 1907, seconde opération (Prof. Schlöffer). L'orifice de communication au lieu de réunion de l'estomac et de l'intestin n'est plus perceptible distinctement. Aussi pratique-t-on une nouvelle et large anastomose à la suture (double rangée de points ; suture à la soie).

Suites sans incidents. Le malade s'en va le 7 juillet. D'après les derniers renseignements parvenus à notre connaissance (3 janvier 1908) il va bien, mange la lourde nourriture des paysans et travaille comme un homme robuste et bien portant. Cependant, il a, de temps en temps, après le repas quelques éructations.

OBSERVATION VIII

(J. Kindl. « in » Beiträge zur klinisch. Chirurg).

T. LXIII. f. 1. Mai 1909

K. Frahz, 63 ans, souffre de l'estomac depuis un an régulièrement après le repas, et ces douleurs durent trois ou quatre heures chaque fois. Il a eu de nombreux vomissements répandant une odeur d'acide. En mai 1905 un lavage de l'estomac a été pratiqué par un médecin. Le lendemain survint un vomissement très abondant, de couleur noire foncée. Les derniers temps le malade a maigri considérablement.

A l'examen, on constate que la région épigastrique est affaissée; la région ombilicale est au contraire bombée. Des mouvements péristaltiques lents sont visibles: ils se produisent de la gauche (sous la courbe des côtes) vers la droite et se terminent à droite à deux doigts de la courbe des côtes. On trouve du clapotage gastrique très caractérisé. Dans l'estomac insufflé le fond descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le chimisme est le suivant: HCl: 0,14. Acide lactique: 0; acidité totale: 75.

Le 30 octobre 1905. — Première opération (Prof Schlöffer). On constate que l'estomac est dilaté et que sa paroi est dilatée. Le pylore est rempli par une tumeur annulaire de la grosseur d'un œuf de poule qui est fixée au pancréas: il y a sténose du pylore. On pratique une gastro-entérostomie postérieure au bouton de Murphy. Suites sans incident. Le 13 novembre 1905, le malade s'en va, guéri.

Au bout d'un an, le patient n'accusait aucune douleur. Ensuite recommencèrent des douleurs d'une intensité de plus en plus grande qui, au début, se manifestaient seulement à la suite d'écarts de régime ou de travaux pénibles. Pas de vomissements.

Nouvelle entrée le 1^{er} janvier 1908. A l'examen du malade on ne découvre aucune tumeur palpable. La limite inférieure de l'estomac descend jusqu'à trois travers de doigt au-dessous

de l'ombilic. Le suc gastrique est très acide ; pas d'acide lactique. Acidité totale : 63. Au microscope, le suc gastrique montre des gouttelettes de graisse, des résidus alimentaires, les à-demi digérés, les autres absolument pas digérés, des levures disséminées ; pas de sarcines, pas de fibres musculaires.

Le 10 janvier 1908. — Deuxième opération. (Prof. Schlöffer) Elle permet de constater que le pylore est toujours rempli par une tumeur grosse comme une noix et fixée en arrière. L'anastomose qui a été pratiquée autrefois entre l'estomac et le jéjunum apparaît très rétrécie. On ouvre l'orifice de communication et on procède à son extension plastique par des incisions longitudinales portant sur l'estomac et le jéjunum. Les bords de la plaie ainsi formée sont alors réunis au moyen d'une double rangée de points de suture à la soie. L'ouverture de la gastro-entéro-anastomose peut ainsi admettre trois doigts. Les suites de l'opération sont normales.

Le 26 janvier 1908, le malade, guéri, s'en va.

Quatre mois après, il écrivait qu'il éprouvait encore de temps en temps du ballonnement après avoir mangé mais que l'appétit, ni le sommeil ne laissaient rien à désirer.

OBSERVATION IX

(J. Kindl « in » Beitrage zur klin. Chirurg.)

T. LXIII. f. 1. Mai 1909

X... Katherine, 20 ans. Entre à l'hôpital le 23 octobre 1906. Elle raconte qu'il y a dix ans elle commença à souffrir de l'estomac et à ressentir en même temps des brûlures. Depuis sa dix-septième année, elle a fréquemment des vomissements formés d'une grande quantité de liquide. Les douleurs d'estomac furent, huit mois avant sa première opération, si fortes qu'on dût faire des piqûres de morphine. En mai, la malade subit, à l'hôpital, un traitement interne avec lavages d'estomac (2 par jour). Elle apprit ensuite à se faire elle-même ces lavages, qu'elle pratiquait tous les jours, et même

la nuit, depuis trois semaines. A aucun moment elle n'eut de vomissements de sang.

A l'examen, la malade qui est de taille moyenne, déclare que son alimentation est très réduite. La limite inférieure de l'estomac se trouve entre l'ombilic et la symphyse. On ne perçoit aucune tumeur à la palpation. Clapotage gastrique très net. Comme chimisme, on note : HCl positif ; acide lactique : néant.

Le 25 octobre 1906, première opération (Prof. Schlöffer) qui montre que l'estomac est très dilaté. Le pylore est à peu près fermé. La paroi gastrique est hypertrophiée. On procède à une gastro-entérostomie retro-colique postérieure avec le bouton de Murphy. Suites opératoires sans fièvre et normales. Le malade ne ressentant plus de douleurs s'en va le 20 novembre 1906.

Peu de temps après, les douleurs recommencèrent avec intensité croissante et cinq semaines après la sortie de l'hôpital, la malade eut de nouveau recours, avec la permission de son médecin, au lavage de l'estomac qu'elle pratiqua chaque jour, au début, et plus tard par intervalles de trois jours à une semaine. Au cours de cette dernière année elle aurait eu souvent des selles de couleur noire. L'appétit était de plus en plus mauvais, l'alimentation de plus en plus réduite.

Le 30 avril 1908 la malade rentre à l'hôpital. Elle a meilleure mine qu'avant la première opération. Elle pèse même 4 kilos de plus qu'à cette époque. On constate que la limite inférieure de l'estomac se trouve à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A trois travers de doigt de ce dernier point et à gauche, on sent une induration de la grosseur d'une noix environ, douloureuse à la pression. L'analyse du suc gastrique donne : HCl libre : 12 0/0 ; pas d'acide lactique ; réaction fortement acide.

Le 14 mai 1908, deuxième opération (Prof. Schlöffer). L'estomac est encore considérablement dilaté et ses parois hypertrophiées ; la dilatation a diminué d'un tiers seulement depuis le jour de la première opération. On sent dans l'estomac un corps rond et dur, c'est le bouton de Murphy. La bouche gastro-intestinale est si rétrécie qu'elle donnerait

à peine passage à un petit crayon de carnet. Il y a une sténose serrée du pylore. On pratique alors l'extension plastique du canal anastomotique rétréci et on crée une communication large de huit centimètres environ entre l'estomac et le jéjunum ; suture à la soie. Le bouton de Murphy est évacué de l'estomac à l'aide d'une gastrostomie. Suites opératoires sans élévation de température.

La malade reçoit ensuite deux fois par jour une dose de 0 gr. 50 de bicarbonate de soude en solution dans de l'eau.

Dans une lettre, écrite quatre mois après l'opération, la malade fait savoir qu'environ huit jours après sa sortie de l'hôpital, elle a eu de nouveau des vomissements pendant quinze jours. Mais tout est rentré dans l'ordre et la malade peut manger plus qu'avant l'opération.

OBSERVATION X

(J. Kindl in Beiträge zur klin. Chir.)

T. LXIII. f. 1, mai 1909

S... Rosalie, 45 ans. Depuis six mois douleurs gastriques et éructations accompagnées d'anorexie. Des vomissements formés de glaires acides et d'aliments ont commencé à survenir il y a quelques mois. Jamais d'hématémèse. A l'examen on constate une voussure au niveau de l'abdomen. Des ondes péristaltiques très nettes sont visibles dans la région de l'estomac. La grande courbure descend jusqu'à un doigt et de mi de la symphyse. La petite courbure est perçue au-dessus de l'ombilic.

Pas de tumeur palpable. Comme chimisme : HCl : 0.06 ; pas d'acide lactique ; acidité totale : 110.

Le 24 août 1905, la malade est opérée. On constate au niveau du pylore la présence d'une cicatrice blanchâtre qui le sténosait. La portion supérieure du duodénum et le commencement du pylore sont remplis par une tumeur dure, et du volume d'un œuf de poule. Une gastro-entérostomie postérieure est pratiquée.

Après l'opération, au début amélioration de l'état de la

patiente, mais dans les examens ultérieurs on constate l'apparition d'une induration qui s'accroît, au niveau de la région gastrique. C'est pourquoi une nouvelle laparotomie est pratiquée le 28 octobre 1905 par le Prof. Schlöffer. Elle montre que l'estomac est plus petit. L'ouverture créée par la gastro-entérostomie admet à peine le bout du doigt refoulant devant lui la paroi gastrique. On fait une opération plastique de l'anastomose : Suture à la soie. Peu après légers symptômes pneumoniques. Le 14 novembre 1905 la malade s'en va.

Depuis lors la malade avait disparu. Il y a quelques jours elle est amenée moribonde à l'hôpital avec un ictère intense et sous le diagnostic suivant : Carcinome de la vésicule biliaire. Elle meurt le 5 janvier d'une péritonite.

A l'autopsie (Institut anatomo-pathologique du Prof. Pommer) on trouve, à côté d'une péritonite fibro-purulente, un papillome du duodénum qui comprimait l'embouchure du canal de Wrisch et du canal cholédoque, ce qui d'une part produisait un ictère, d'autre part entraînait la formation dans le pancréas d'un petit kyste bien limité, dans lequel se trouvait une masse brune et foncée, qu'on prenait pour du pus. Dans les sillons extérieurs de cette masse, on trouve de petits bacilles courts, formant des chaînettes (et qui prennent le Gram), des cocci (prenant également le Gram) et d'autres bacilles enfin (qui ne prennent pas le Gram).

L'orifice anastomotique de la gastro-entérostomie laissait facilement passer un doigt.

Le diagnostic microscopique de la tumeur était : adénocarcinome papillaire.

N.B. — Cette observation se rapporte bien à un cas de gastro-entérostomie au bouton anastomotique. L'auteur le déclare quelques lignes plus haut, dans les commentaires qui précèdent le relevé de l'observation.

ETIOLOGIE

La *fréquence* du rétrécissement ou de l'occlusion spontanés de la bouche anastomotique appelle quelques réflexions. Incontestablement ce rétrécissement est rare. Mais sa rareté est cependant moindre que ne le laisserait supposer le petit nombre d'observations que nous avons pu recueillir. A cela il y a deux raisons. D'abord, la plupart des cas de sténose du néo-pylore, signalés dans les publications médicales étaient jusqu'ici relatés de façon incomplète : tantôt le degré de perméabilité du pylore n'était pas mentionné, tantôt c'était le procédé opératoire employé lors de la gastro-entérostomie qui n'était pas décrit. Dans ces conditions nous avons passé outre sans utiliser l'observation : il pouvait s'agir néanmoins de la lésion particulière que nous étudions ici.

Il est bien certain, enfin, que l'occlusion de l'orifice artificiellement créé s'est produite plus d'une fois, sans qu'on ait fait le diagnostic, les symptômes observés alors étant mis sur le compte de tout autre cause, sur l'extension du néoplasme par exemple, s'il s'agissait d'un cancéreux.

Nous sommes donc fondés à croire que le retrecisse-

ment dont nous nous occupons paraîtra d'une fréquence plus grande lorsque sa réalité sera admise et que médecins et chirurgiens seront familiarisés avec l'idée de son existence possible.

Néanmoins, nous le répétons, il ne s'agit là que d'un phénomène rare et il n'entre nullement dans notre pensée de le présenter sous un autre aspect.

Le *sexe* du sujet paraît sans influence sur la fermeture du néo-pylore. Dans nos observations nous trouvons en effet une proportion à peu près égale d'hommes et de femmes.

L'*âge* ne peut pas davantage figurer parmi les facteurs étiologiques. Si nos observations II, IV, VI, VIII se rapportent à des vieillards de 60 à 63 ans, les observations III, VII, IX concernent par contre des sujets bien plus jeunes, ayant 20, 31 et 45 ans.

Quant à la *nature de l'affection originelle*, de celle qui a porté le chirurgien à intervenir par une gastro-entérostomie, elle est variable, elle aussi. C'est tantôt l'ulcus gastrique (Obs. I, III, V, VI, IX), tantôt le néoplasme (Obs. II, VII, VIII, X), tantôt enfin une tumeur extrapylorique, devenue sténosante par compression.

Un fait doit être retenu cependant : dans la plupart des cas, l'estomac était *considérablement dilaté*. Ainsi les observations I, II, IV, VI, X relatent que le fond de l'estomac atteint le pubis ou arrive à son voisinage. Chez trois de nos sujets seulement la dilatation est d'un degré sensiblement moindre. Deux des observations que nous rapportons sont malheureusement muettes sur ce point et nous privent ainsi d'un renseignement précieux.

Dans les dix cas, naturellement l'imperméabilité pylorique était complète.

En ce qui concerne le *procédé opératoire employé*, une remarque s'impose : toutes les fois, la gastro-entérostomie avait été faite selon le procédé de Von Hacker et l'anastomose avait été assurée au moyen du bouton. Aucune observation ne mentionne l'emploi du procédé en Y de Roux (abandonné du reste aujourd'hui, sauf par Montprofit), ou de la suture—du moins si l'on n'envisage que la première opération : dans certains cas, en effet, devant le retour du syndrome de sténose, le chirurgien a dû intervenir de nouveau et c'est par une anastomose à la suture qu'il a remédié aux accidents. Après cette suture, d'ailleurs, pas de retour des troubles ; le fait est à retenir.

L'état du *chimisme gastrique* après la première gastro-entérostomie et dans ses suites éloignées, n'est pas noté dans la majeure partie de nos observations. C'est une lacune regrettable, car la présence d'une hyperchlorhydrie persistante constituerait une donnée importante. On connaît sa constance comme symptôme prémonitoire de l'ulcère peptique, affection dont nous verrons plus loin l'importance.

Le *retour des phénomènes morbides* après l'intervention chirurgicale paraît n'être lié jusqu'à présent à aucun délai fixe. Parfois c'est moins de deux mois après l'opération qu'ont reparu les douleurs et les vomissements ; dans un cas, c'est après une année de guérison apparente.

Entre ces deux chiffres extrêmes, nous trouvons tous les intermédiaires : trois mois (Obs. VI), six mois (Obs. V.), etc.

De cette analyse que conclure, en définitive ?

Qu'il ne faut établir, en l'état actuel de nos connaissances, *aucun rapport de cause à effet entre l'apparition d'un rétrécissement du néo-pylore et l'âge, le sexe du sujet, la nature de l'affection première*. Qu'il paraît constant au contraire que cette lésion particulière de l'orifice anastomotique est *favorisée par l'emploi du bouton*. Qu'en fin l'existence d'une *dilatation considérable* de l'estomac avant l'opération est presque toujours relevée dans l'histoire des malades.

ETUDE CLINIQUE

SYMPTÔMES

Dans la symptomatologie de la sténose du néo-pylore, nous distinguerons deux périodes :

1° Une période, dite « de guérison » qui succède immédiatement à l'opération ;

2° Une période de retour des troubles, tardive celle-ci.

1° PÉRIODE DE GUÉRISON :

Lorsqu'un malade atteint de sténose pylorique, quelle qu'en soit la cause, vient de subir la gastro-entérostomie, on assiste à une transformation radicale de son état. Sans doute, s'il s'agit d'un cancéreux dont la tumeur n'a pu être enlevée, la néoformation continue à s'étendre et l'intoxication néoplasique persiste ; sans doute, l'ulcère primitif n'est pas cicatrisé immédiatement, s'il s'agit d'un ulcéreux. Mais tous les troubles gastriques et généraux qui ne dépendaient que de la stase et de l'inanition cèdent comme par enchantement. Les douleurs cessent ; les vomissements s'arrêtent ; l'appétit renaît ou augmente. En quelques semaines le poids s'accroît de plusieurs kilos.

Les signes physiques se modifient concurremment. L'es-

tomac n'ayant plus à s'épuiser contre un obstacle infranchissable, on voit les contractions péristaltiques disparaître. Peu à peu le réservoir gastrique revient à ses dimensions normales et le clapotage à jeun ne peut plus être retrouvé.

C'est, du moins, ce qui se passe dans les cas les plus heureux. Assez souvent, en effet, les suites opératoires immédiates sont traversées d'incidents fâcheux, de gravité variable : troubles dyspeptiques d'ordre banal, diarrhée persistante (Obs. II) que Dénéchau rattache à un syndrome qu'il a bien étudié, vomissements abondants, bilieux ordinairement, qui sont liés à une complication de la gastro-entérostomie que l'on connaît bien maintenant, le « cercle vicieux ». Mais, ce dernier accident mis à part, les symptômes éprouvés sont peu de chose auprès des souffrances de jadis et l'opéré, comparant le présent au passé, célèbre les bienfaits de la chirurgie et bénit son chirurgien !

Que montre la radioscopie pendant toute cette première période ? Elle permet d'abord de constater la disparition de la stase et le retour progressif de la cavité gastrique à ses dimensions premières. Elle renseigne enfin sur le fonctionnement du néo-pylore. Mais pour interpréter correctement les données de la radioscopie, il est indispensable de bien connaître l'image de l'estomac gastro-entérostomisé. Nous allons, aussi rapidement que possible, la décrire d'après les travaux les plus récents.

La grande courbure présente généralement au niveau de l'anastomose, une dépression plus ou moins marquée, une « encoche », qui transforme en ce point la convexité inférieure que trace le contour de l'image en une convexité

supérieure. Cet aspect, attribué par Labey à l'adossement des séreuses et à la suture de renforcement qui les unit, est dû, selon Caillé, Durand et Marre, à la traction de l'anse jéjunale qui joue le rôle d'un ligament suspenseur du bas-fond gastrique. Il se montre donc dans tous les cas de gastro-entéro-anastomose.

Mais le siège de la bouche gastro-intestinale n'est pas toujours facile à repérer. Si le lait bismuthé est évacué rapidement (et l'évacuation rapide est fréquente après la gastro-entérostomie), les anses grêles remplies de bismuth viennent masquer les contours de la grande courbure. Ce n'est qu'en soulevant le fond de l'estomac qu'on les sépare les unes des autres et qu'on peut isoler l'anse jéjunale anastomosée.

Le remplissage de l'estomac se fait comme pour l'estomac normal, sauf en ce qui concerne la région pylorique qui reste incomplètement distendue. Presqu'aussitôt après l'arrivée du bismuth une petite tache en saillie se forme au point le plus déclive du bas-fond gastrique, saillie qui s'accuse bientôt pour former une trainée opaque : c'est le lait bismuthé qui s'écoule dans l'intestin grêle par le néopylore. L'évacuation s'arrête au bout de quelques instants, pour reprendre ensuite et cesser encore : elle est intermittente et périodique, comme celle qui se fait par le pylore. C'est pourquoi d'ailleurs on est autorisé à désigner du terme de « néo-pylore » l'orifice créé par le chirurgien.

2° RETOUR DES TROUBLES :

La guérison clinique, complète ou relative, apportée par l'opération ne va durer qu'un temps. Petit à petit, à

bas bruit, le rétrécissement va se constituer et tendre progressivement vers l'occlusion totale du pylore artificiel. Alors vont apparaître, au bout de quelques mois en général, de légères douleurs, du pyrosis, quelques regurgitations même qu'on met sur le compte d'une dyspepsie banale. Cependant le malade se met à souffrir d'une façon plus intense et plus continue et un jour, plus ou moins tôt, les vomissements reparaissent, survenant tous les deux ou trois jours, abondants, d'odeur forte et renfermant des débris d'aliments ingérés la veille ou l'avant-veille. (Obs. I, III, V, VI, etc...)

L'examen du médecin met alors en évidence des contractions péristaltiques, quelquefois antipéristaltiques. Avec la stase revenue progressivement, le clapotage à jeun est de nouveau décelable et la succussion devient positive. Comme autrefois, le cathétérisme à jeun ramène, avec une grande quantité de liquide, des débris non digérés provenant de repas antérieurs. Enfin le fond de l'estomac s'abaisse, souvent jusqu'au niveau qu'il atteignait avant l'amélioration. (Obs. IV, V, VII).

En même temps l'état général s'altère. La constipation et l'oligurie s'installent, parallèlement à l'amaigrissement. Quelquefois la tétanie surgit, et pour finir survient la cachexie.

Les signes radioscopiques de cette seconde période, nous les devinons. Il y a un retard considérable à l'évacuation ; souvent même rien ne passe par la bouche jéjunale qui reste aussi imperméable que le pylore. Enfin la présence de liquide à jeun est aisément mise en relief au moyen de bismuth lycopodé.

Tel est le complexe symptomatique que nous avons

rencontré chez les malades dont nous reproduisons l'histoire. C'est le tableau complet de la sténose pylorique ; c'est aussi celui qu'à priori nous nous attendions à trouver : à même cause, mêmes effets.

Pour résumer d'un mot cette longue étude, disons donc simplement que l'occlusion de l'anastomose gastro-jéjunale se traduit en clinique par un syndrome de sténose pylorique ou plus exactement de sténose néo-pylorique.

Ces données acquises, si nous voulons maintenant marquer les différences de gravité que peut revêtir le syndrome que nous venons d'étudier, nous décrirons plusieurs formes cliniques, exactement superposables à celles que détermine la sténose du pylore :

a) Une forme avérée, liée à une occlusion complète du nouvel orifice et qui, tantôt s'accompagne d'une dilatation considérable (Obs. IV, V, VII) avec vomissements abondants, espacés et tous les symptômes que nous avons énumérés ; — tantôt au contraire n'entraîne qu'une faible dilatation, mais se traduit par des douleurs très violentes, des vomissements quotidiens, un estomac contracté en masse et un état général rapidement et profondément atteint. On devine dans ce dernier cas une évolution précipitée.

b) Une forme atténuée, à tableau clinique moins net, qui correspond à un rétrécissement incomplet et lentement constitué, où les contractions péristaltiques sont remplacées par la simple tension intermittente de l'épigastre, où le spasme joue un rôle important et où l'on peut rencontrer un syndromé de Reichmann.

Il ne reste plus désormais qu'à rechercher si la sympto-

matologie se borne dans tous les cas à ce seul syndrome de sténose du néo-pylore.

Plusieurs de nos observations vont nous donner une réponse à cette question. Trois de nos malades ont présenté soit du méléna, soit une hématomèse et l'un d'eux avait un ulcère peptique apparent, découvert lors d'une seconde intervention du chirurgien. Les signes propres à l'ulcus gastrique peuvent donc venir s'ajouter à ceux que nous connaissions déjà.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif, basé sur les symptômes cardinaux décrits plus haut sera facile.

Le diagnostic différentiel sera à faire d'abord avec l'extension du néoplasme, si le sujet est un cancéreux. En cas de tumeur de la bouche gastro-intestinale, l'image radioscopique montrera à ce niveau soit « l'aspect marécageux » signalé par Mathieu, et dû à l'inégalité de la masse néoplasique qui est creusée d'anfractuosités, soit une encoche, que l'on ne devra pas confondre avec celle que projette le néo-pylore normal.

L'importance de ce diagnostic est extrême : si l'on croit à une extension du cancer on s'abstiendra de toute nouvelle opération, tandis qu'on interviendra sans hésitation si l'existence d'un rétrécissement spontané est admise.

Il faudra également se garder de mettre le retour des vomissements après la gastro-entérostomie sur le compte d'un état névropathique, d'une affection nerveuse organique, ou d'un embarras gastrique à répétition.

Enfin, on saura déceler la présence d'un ulcère peptique de la bouche anastomotique, affection qui reproduit

la symptomatologie de l'ulcus gastrique en général .

S'il est de toute importance de reconnaître l'occlusion spontanée quand elle existe, il faut cependant se garder de la trouver là où elle n'est pas. C'est ainsi qu'on ne devra pas la rendre responsable de vomissements bilieux liés à la production du « cercle vicieux » ou de troubles dyspeptiques qui ne sont que l'expression du syndrome secondaire à la gastro-entérostomie décrit par Denéchau.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Une fois reconnus le rétrécissement ou l'occlusion spontanés, le traitement de mise sera institué : le malade aura ainsi de longs jours à vivre, si la lésion causale ne comporte pas en elle-même un pronostic fatal.

Au contraire, si la nature réelle des troubles observés échappe, l'inanition progressera, la cachexie s'installera et comme pour nos sujets I et II, la mort ne se fera pas attendre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le chapitre de l'anatomie pathologique ne nous retiendra pas longtemps. Les constatations nécropsiques et opératoires se réduisent en général à peu de chose dans les observations publiées jusqu'ici et les deux cas qu'il nous a été donné d'étudier de près n'apportent pas de faits nouveaux. Mais ici encore, on nous permettra de dire que nos connaissances s'enrichiront rapidement lorsqu'on se mettra à examiner systématiquement l'état de la bouche gastro-jéjunale, tant dans les réinterventions chirurgicales que dans les autopsies.

Tous les degrés de la sténose du néo-pylore peuvent s'observer, mais le plus souvent, au moment où on peut la constater, pièce en mains, il s'agit d'une occlusion complète. L'orifice anastomotique ne mesure plus que deux ou trois millimètres de diamètre, si bien qu'à l'épreuve de l'eau (obs. I. par exemple) l'imperméabilité est à peu près complète.

L'aspect de la bouche gastrique n'offre rien de particulier, dans la majorité des cas. Notre observation I mentionne une muqueuse parfaitement normale, à l'examen macroscopique du moins.

Ici, il n'y a donc rien qui puisse servir de base à la moindre hypothèse : la cause du rétrécissement ne saurait même pas être soupçonnée.

Chez un seul de nos malades (Obs. III) le chirurgien fut à même de constater la présence d'un ulcère peptique, placé à cheval sur l'anastomose et qui formait à ce niveau une masse inflammatoire indurée qu'on pouvait rendre responsable de la sténose.

Mais ailleurs, on fut frappé, au cours de la seconde intervention, de la vascularisation intense que présentait extérieurement la zone de l'abouchement gastro-jéjunale. Ne s'agissait-ils pas, là aussi, d'un ulcère peptique ? — de même que chez l'ulcéreux gastro-entérostomisé (Obs. VI) dont le néo-pylôre fut trouvé comblé par une tuméfaction dont la nature n'a pas été indiquée ?

Quant aux surfaces d'accollement des viscères, elles étaient ordinairement parfaitement réunies. Une fois seulement la désunion s'était produite (Obs. V) et ceci coïncidait avec une torsion de l'anse anastomosée.

Jamais enfin, à notre connaissance, il n'a été signalé de cicatrice apparente au niveau de la zone d'union des deux viscères.

PATHOGENIE

Au cours de l'analyse de nos dix observations nous avons été frappés d'un fait : dans tous les cas l'intervention opératoire avait consisté en une gastro-entérostomie transmésocolique postérieure et l'accolement des viscères avait été assuré au moyen d'un *bouton anastomotique*.

Que l'abouchement du jéjunum soit pratiqué à la face antérieure ou au contraire à la face postérieure de l'estomac, on ne conçoit pas comment la chose pourrait influer sur l'évolution ultérieure de la bouche artificielle.

Seul le bouton mérite donc d'être élevé au rang de facteur étiologique. Nous allons nous efforcer de déterminer s'il intervient comme cause efficiente ou seulement prédisposante et par quel mécanisme il agit.

Un bouton anastomotique, quel que soit le modèle envisagé, est un appareil formé de deux courts cylindres — pièce mâle et pièce femelle — que l'on engage chacun dans un des viscères à rapprocher et que l'on emboîte ensuite l'un dans l'autre ; de manière à amener et à retenir en contact les deux viscères.

Divers types existent, caractérisés chacun par un dispositif complémentaire différent. Le plus ancien en date et le plus fréquemment employé, surtout à l'étranger, est le bouton de Murphy qui a un diamètre intérieur de 2 centimètres et qui a pour caractéristique : 1° de nécessiter une suture en bourse pour maintenir les lèvres du viscère incisé sur la pièce cylindrique correspondante ; 2° de s'éliminer grâce au sphacèle de la paroi qu'il comprime.

Ce type originel a été modifié par Villard qui a transformé le mode d'articulation des deux pièces en adaptant à la pièce mâle de Murphy quatre languettes-ressort qui entrent dans un pas de vis creusé dans la pièce femelle. Ce bouton a les mêmes dimensions que le précédent et s'élimine par le même mécanisme.

D'invention plus récente, l'appareil de Jaboulay est construit de telle sorte qu'il dispense de toute suture.

Pour ce faire, chacune des moitiés du bouton doit être introduite dans le viscère correspondant par un mouvement de rotation et à travers une incision de un centimètre de long, c'est-à-dire plus petite que le diamètre de l'appareil. De la sorte la pièce cylindrique est enserrée étroitement par les lèvres de la plaie viscérale et ne craint pas de s'échapper. Avec ce modèle l'orifice définitif de la bouche gastro-jéjunale mesure un centimètre de diamètre seulement.

A ces trois types de bouton, couramment employés, d'autres se sont ajoutés, mais ils sont à peu près tous abandonnés à l'heure actuelle. Une mention spéciale doit néanmoins être accordée au bouton de Chaput qui a un orifice un peu plus large et un peu plus court que l'ap-

pareil de Murphy et, qui s'élimine sans sphacèle, mais qui nécessite encore l'emploi d'un surjet.

Chez les dix opérés que nous connaissons, trois modèles différents de bouton avaient été employés (B. de Murphy, de Villard, de Jaboulay). Il est donc impossible d'incriminer un type plutôt qu'un autre. Nous voici conduits alors à mettre en cause le seul caractère qui soit commun à tous les modèles : l'étroitesse de l'orifice créé par eux.

Mais de ce que l'orifice est de diamètre réduit, il ne s'ensuit pas que la sténose soit obligatoire. L'insuffisance d'ouverture ne saurait être qu'une cause prédisposante. Reste à découvrir le mode d'action pathogénique réel du bouton.

Nous le trouvons grâce à notre observation III qui signale la présence d'un ulcère peptique de la bouche gastro-jéjunale, complication fréquente et bien connue maintenant de la gastro-entérostomie.

Cette lésion qui survient presque toujours chez des ulcéreux qui avaient, avant l'opération, une dilatation considérable et une sténose serrée, et qui ont conservé après elle une hyperchlorhydrie notable, reconnaît toujours des causes locales : 1° l'absence d'épithélium en un point ; 2° un traumatisme au même niveau. Ce dernier fait a été bien mis en évidence par les expériences de Wilkie sur le chat, par les publications de Van Roojen et de W.-J. Mayo surtout. Or le bouton, incontestablement, traumatise et meurtrit les tissus, même lorsqu'il peut s'éliminer sans sphacèle préalable.

Mais si l'une de nos observations a constaté la présence d'un ulcère peptique, si deux autres (Obs. I et IX) font

mention d'hémorragies qui pourraient être rattachées à un ulcère relativement latent, la plupart ne fournissent aucun argument en faveur de cette pathogénie de l'occlusion néo-pylorique. Il faut, dans ces cas, invoquer la rétraction cicatricielle.

Heydenreich, en effet, au X^e Congrès de Chirurgie a apporté une série de faits relatifs à des cas où « l'affrontement exact des surfaces mises en contact n'avait pas été assuré. » Or dans tous les cas où l'accolement des lèvres d'une plaie n'est pas réalisé de façon parfaite, la cicatrisation se fait par bourgeons charnus, « par seconde intention » et l'on sait que ce mode de cicatrisation entraîne une rétraction ultérieure qui, lorsque la plaie primitive a atteint un conduit, est l'origine d'une sténose de ce conduit.

Voici donc établi, croyons-nous, le mode d'action du bouton anastomotique et nous dirons pour conclure :

1° Que cet appareil prédispose au rétrécissement et à l'occlusion du néo-pylore en donnant à cet orifice un *diamètre trop faible* ;

2°. Qu'il détermine ensuite le rétrécissement par l'intermédiaire de l'*ulcère peptique* et de la *rétraction cicatricielle*.

Nous passons sous silence les autres causes d'occlusion, que l'on peut rencontrer après les gastro-entérostomies faites au bouton, mais qui s'observent avec une fréquence égale après l'emploi de la suture : retour à la normale de l'estomac dilaté (Neuhaus), prolapsus de la muqueuse gastrique qui, sous l'influence des contractions digestives

vient s'insinuer dans la bouche anastomotique, torsion de l'anse jéjunale, extension d'un néoplasme...

Si ces causes interviennent avec la suture tout aussi bien qu'avec le bouton, il est à remarquer toutefois qu'avec cette dernière méthode, l'occlusion sera plus vite réalisée.

TRAITEMENT

Le traitement doit répondre aux deux indications suivantes : 1° prévenir le rétrécissement ; 2° si celui-ci est constitué, créer un nouveau passage au contenu de l'estomac.

TRAITEMENT PRÉVENTIF

Puisque c'est le bouton qui doit être rendu responsable de l'occlusion du néo-pylore dans tous les cas où la voie pylorique normale reste fermée, la première précaution à prendre pour se mettre à l'abri de cette redoutable complication, consiste évidemment à n'employer que l'anastomose large, à la suture.

On devra donc avoir soin de pratiquer sur les viscères à réunir des incisions de 6 à 8 centimètres, c'est-à-dire pouvant admettre trois doigts facilement. Tuffier cependant conseille de s'en tenir à des ouvertures de 4 centimètres : c'est là en tous cas un minimum au-dessous duquel on ne devra pas descendre. Remarquons toutefois qu'un orifice trop large aurait l'inconvénient de vider trop rapidement l'estomac et par suite d'entraver la digestion.

Mais est-il possible de recourir à la suture dans tous les cas ? Et le bouton ne doit-il pas conserver malgré tout des indications formelles ? Nous allons voir ce que vaut cette objection.

Ce sont les considérations de durée et de difficultés de l'opération — si importantes en chirurgie abdominale — qui nous arrêterons d'abord.

Pour faire une anastomose à la suture il faut, quelle que soit l'habileté de l'opérateur, un temps sensiblement plus long que pour mettre un bouton en place. Roux, Terrier, Hartmann, tous chirurgiens rompus à la méthode indiquent un minimum qui varie entre 40 et 70 minutes, suivant les cas. 30 minutes seraient au contraire suffisantes, d'après Montprofit et Vallas. Quel que soit celui de ces chiffres qu'on adopte, la méthode de la suture n'est pas une méthode d'exécution rapide.

Qu'en est-il avec le bouton ? — Ici, il y a lieu de distinguer entre les divers types. Murphy affirme qu'avec son appareil, l'anastomose est faite complètement en 9 minutes. Cela ne paraît pas possible. Et suivant Gayet il faut compter depuis l'instant où le bistouri entame la ligne d'incision jusqu'à celui où l'on place le dernier point de la suture cutanée, 25 minutes au moins, dans la généralité des cas. On gagne donc bien peu sur la suture avec ce modèle d'appareil.

Le bouton de Villard est passible de la même critique. Quoiqu'il d'application plus simple et plus rapide, il n'a pas sur la suture une supériorité bien marquée au point de vue de la durée de l'opération.

On ne saurait parler de gain vraiment sensible qu'avec le bouton de Jaboulay-Lumière. Pour la pose de l'appareil

lui-même, 2 minutes suffiraient d'après l'inventeur ; l'exploration des viscères, destinée à confirmer le diagnostic, demanderait également 2 minutes auxquelles il faudrait ajouter 3 à 5 minutes pour l'incision et les sutures, premier et dernier temps de l'intervention chirurgicale. Au total, l'opération complète ne durerait pas plus de 7 à 10 minutes ! Mais ces résultats remarquables ne sont obtenus qu'avec une très longue expérience de la technique et une habileté opératoire hors de pair et en regard de ces chiffres nous placerons les statistiques de Gayet et celles de Bérard qui assignent une durée de 12 à 17 minutes à la gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay.

Ainsi de tous les modèles employés, seul, celui qu'a créé Jaboulay l'emporte réellement sur la suture, puisqu'il permet une économie de temps de 50 pour cent. Après lui, au second rang, se place le bouton de Villard. Ce sont ces deux appareils qui devront avoir les préférences du chirurgien lorsqu'il voudra pratiquer une gastro-entérostomie rapide.

Or la question de temps acquiert parfois une importance capitale. Qu'il s'agisse de cancer ou d'ulcère le malade qui se résigne à l'intervention chirurgicale que nous étudions est un sujet anémié et affaibli, un intoxiqué aussi, dont le cœur et surtout le rein et le foie sont en état d'insuffisance fonctionnelle latente (Lenoir, Ch. Richet fils et Jacquelin). Souvent aussi en pareil cas, la gastro-entérostomie n'est que le temps complémentaire d'une opération plus radicale et très longue en elle-même — la pylorectomie par exemple. — En de semblables circonstances, il faut au malade des égards spéciaux : le bouton qui permet d'abrégier la durée de l'anesthésie et de réduire au

minimum les manipulations de l'intestin (et par suite les risques d'infection, de paralysie post-opératoire) prendra le pas sur la suture. Hormis ces conditions, c'est la suture large qui aura les préférences du chirurgien.

Mais lorsque la nécessité de recourir aux appareils aura été reconnue, ne restera-t-il aucun moyen de prévenir l'occlusion de la bouche gastro-jéjunale ? Si, nous en sommes certains !

On choisira d'abord un bouton du plus grand diamètre possible, et à ce point de vue, le modèle de Jaboulay devra être rejeté dans tous les cas où l'on n'aura pas à compter strictement les minutes. Il serait même souhaitable que des types de plus grandes dimensions fussent mis à l'étude. Dans l'application de l'appareil certaines précautions ne seront pas négligées : c'est ainsi qu'il faudra veiller soigneusement à ce que les deux pièces anastomotiques mâle et femelle soient en contact parfait. On perdra peut-être quelques secondes mais on se mettra à l'abri d'une réunion défectueuse des surfaces incisées et d'une rétraction cicatricielle ultérieure. Enfin il est un procédé, jamais employé encore, croyons-nous, qui mettrait sûrement à l'abri de la sténose dans l'anastomose au bouton ; c'est celui que préconisait Jaboulay et qui consiste à laisser à demeure l'appareil dans l'orifice artificiellement créé. « La chose n'est pas impossible à réaliser, dit Jaboulay : des fils de soie pourraient attacher les deux pièces aux tuniques viscérales en dehors de la zone écrasée par elles ; ils seraient maintenus enfouis eux-mêmes par une suture circulaire surajoutée. » L'opération s'allongerait alors de quelques minutes.

Une fois le malade opéré, un traitement médical sera

institué pour éviter l'ulcère peptique du jéjunum.

Grâce à ces mesures particulières, les dangers du bouton seront réduits au minimum.

TRAITEMENT CURATIF

Une fois constitué, le retrécissement spontané du néo-pylore n'appelle qu'un seul traitement : le traitement opératoire. C'est une nouvelle anastomose qu'il faut faire, en lui donnant cette fois un diamètre suffisant, de 4 à 6 centimètres, et en assurant l'affrontement des surfaces viscérales à l'aide de la suture. Celle-ci devra être pratiquée avec un soin minutieux pour obtenir la réunion par première intention ; elle n'emploiera que le fil de lin ou mieux un matériel entièrement résorbable, qui ne prédisposent pas à l'ulcère peptique (Van Roojen, W. J. Mayo).

Sans ces précautions la suture serait passible d'une partie des critiques qu'on peut adresser au bouton et elle ne vaudrait pas mieux que lui.

Enfin, on n'oubliera pas d'instituer après l'intervention chirurgicale, un traitement médical, destiné à prévenir l'hyperacidité gastrique et le syndrome signalé par Dénéchau.

CONCLUSIONS

I. — Contrairement à l'opinion généralement admise qui fait de l'imperméabilité du pylore la condition nécessaire et suffisante pour que la bouche anastomotique créée par la gastro-entérostomie reste ouverte et fonctionne, certains faits cliniques montrent que cette bouche peut se rétrécir et s'oblitérer, alors même que la voie pylorique normale est définitivement fermée au passage du chyme.

II. — Ce fait est rare. Mais, dans bien des cas, il a pu passer inaperçu, le retour des troubles après l'opération étant attribué à d'autres causes.

III. — Le rétrécissement et l'occlusion du néo-pylore semblent ne s'observer que dans les gastro-entéro-anastomoses faites au bouton.

IV. — Le genre de bouton paraît sans influence, de même que l'âge et le sexe du sujet, la nature de l'affection première, etc.. Ce qu'il faut incriminer dans le bouton, c'est l'étroitesse de l'orifice créé par lui.

V. — Les causes déterminantes du rétrécissement et de l'occlusion du néo-pylore sont variables. La rétraction cicatricielle et l'ulcère peptique au niveau de l'anastomose, tous deux favorisés par l'emploi du bouton, semblent être celles que l'on rencontre habituellement.

VI. — La gastro-entérostomie large, à la suture, doit donc être préférée, chaque fois qu'il n'y a pas d'indication formelle à l'emploi du bouton.

VU :

Le Président de la thèse,

TIXIER.

VU :

Le Doyen,

J. LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Lyon, le 14 avril 1921.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université

Pour le Recteur et par délégation,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- Albert-Weil. — *Eléments de radiologie*. (F. Alcan, Paris 1920, p. 445.
- Angelesco. — Les boutons anastomotiques. (*Gaz. des Hôp.*, 1896).
- Bérard. — *Lyon-Médical*, T. I, 1908).
- Cade. — *Précis des maladies de l'estomac*. (O. Doin, Paris, 1910).
- Cannon-Blake. — Gastro-entérostomy and Pyloroplasty (*An. of Surgery*, 1905, XLI, 686.)
- Chaillot. — *Contrib. à l'étude de la gastro-entér.* (Thèse, Paris, 1909).
- Chaput. — Communicat. à la Soc. de Chirur. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1895).
- Compte-rendu du Congrès Français de Chirurgie, Paris, 1905.
- Czerny. — *Revue de Chirurgie*, 1905, II.
- Delbet. — Recherches expérim. sur la Gastro-entérost. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 11 déc. 1907, p. 1250).
- Denéchau. — *Les suites médicales éloignées de la Gastro-entérostomie au cours de l'ulcère de l'estomac*. (Thèse, Paris, 1907).
- Denéchau. — Les suites médiales et éloignées des opérations pratiquées pour l'ulcère de l'estomac. (*Bulletin Médicale*, 26 janv. 1921).
- Doyen. — *Bulletin Médical*, 1893.

- Fouilhoux. — *Les appareils d'approximation en Chirurgie intestinale ; le nouveau bouton de M. Jaboulay.* (Th. Lyon, 1901).
- Forgue. — Inconvénients du bouton de Murphy. (*Bulletin et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895).
- Frouin. — Contribution expérimentale à la chirurgie de l'estomac. (*Presse Médicale*, Paris, Juin 1909).
- Gayet. — Le traitement du cancer de l'estomac par la G.-E. au bouton de Jaboulay. (*Rev. de Chir.*, 1904, I).
- Gayet. — *Lyon-Médical*, 1907, I.
- Guibé. — Le fonctionnement de la bouche stomacale chez les gastro-entérostomisés. (*Journal de Chir.*, Paris, 1908, n° 1).
- Guillon. — *Exploration radiologique de l'estomac.* (Thèse, Paris, 1907).
- Gosset. — *In Précis de pathol. chirurg.* T. III (Masson, Paris).
- *Revue de Chirurgie.* Paris, 1906, n°s 1 et 2.
- Hartel. — *Deutsche Zeitschriffe für Chir.* T. CIX, fasc. 3, 4, 1911.
- Hartmann. — Discussion in *Bullet. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris. 9 nov. 1910, p. 1071 ; 30 nov. 1910, p. 1162 ; 16 nov. 1910, p. 1092 ; 7 déc. 1910, p. 118.
- + *Bulletin et Mém. de la Soc. de Soc. de Chir.*, Paris, 1904.
- Hartmann et Soupault. — Les résultats éloignés de la gastro-entérostomie. (*Revue de Chirurgie*, Paris, 1889).
- Jaugeas. — *Précis de Radiologie.* (Masson, Paris, 1918, p. 505-506).
- Juvara-Jonnesco. — Modifications au bouton de Murphy. (*Gazette des hôpitaux*, 1896, p. 1297).
- Jaboulay. — Rétrécissement et oblitération des anastomoses viscérales. (*Lyon-Médical*, 1901, I.)
- *Archives Provinciales de chirurgie*, 1900.

- Kelling. — Zur chirurgie der chronischen nicht malignen magen leiden. (*Archiv. für Verdaunsk*, Berlin 1900, VI).
- *Studien zur Chirurgie des Magens*. (*Archiv. für Klin Chir.*, 1900, LXII).
- Kindl. — *Beiträge zur klinisch. Chir.* LXIII, fasc. I, mai 1909.
- Lenoir, Ch. Richet fils, Jacquelin. — Commun. à la Soc. des Hôp., séance du 15 avril 1921.
- Lenoir, Agasse, Lafont. — *Bull. Médical*, 26 janvier 1921.
- Legett et Maury. — Studies upon the function of the Pylorus and stoma after gastroenterostomy. (*Ann. of Surgery*, 1907. XLVI., p. 554-556).
- Leriche et Bressot. — Exclusion du pylore. (*Lyon-Chirurgical*, T. VI, 1^{er} octobre 1911).
- Mathieu, J.-Ch. Roux. — *Pathologie gastro-intestinale*. (O. Doin, Paris, 1920).
- Mathieu, Seincert et Tuffier. — *Traité médico-chirurgical des maladies de l'œsophage et de l'estomac*. (Masson, Paris, 1913).
- Mayo W.-J. — *Surgery-Gynecology-Obstetric*, T. X, n° 3, Mars 1910).
- Montprofit. — *La gastro-entérostomie*. (Baillière, Paris, 1905).
- Moreau. — *Des suites de la gastro-entérostomie*. (Thèse de Paris, 1909).
- Neuhaus. — *Journál de Chirurgie*, 1908.
- Neuveiler. — *Archiv. für klin Chirurg.*, Bd, 69.
- Padadopoulos. — *Contribution à l'étude des suites éloignées et de la valeur de la gastro-entérostomie*. (Thèse, Paris, 1909).
- Patel. — *Précis de Chirurgie journalière*. (O. Doin, Paris).
- Patel. — Anastomoses viscérales. (*Lyon-Chirurgical*, 1914, p. 357).
- Pollosson et Violet. — *Lyon-Médical*, 1909, T. II, p. 1145.

- Poncet, Delore et Leriche. — Statistiques opératoire de 211 intervention pour cancers et ulcères de l'estomac. (*Lyon-Médical*, 4 avril 1909).
- Rivière. — *De la valeur de la gastro-entérostomie*. (Th. de Lyon, 1905-06).
- Royer. — *De l'occlusion du pyllore comme complément de la gastro-entérostomie*. (Thèse, Paris, 1909).
- Schlöffler. — *Wiener klin. Woch*, 1903, n° 16.
- Tixier. — Six ans de chirurgie gastrique. (*Lyon-Médical*, 1^{er} mars 1909).
- Tuffier. — Gastro-entérostomie postérieure réparée spontanément. Ulcère gastrique consécutif. (*Bulletin et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, Paris, 1^{er} mai 1907, p. 463, 18 décembre 1907, p. 1274).
- Tuffier et Aubourg. — Examens de quelques estomacs à l'aide des rayons Röntgen. (*Presse-Médicale*, Paris, 1907, p. 726 et 805).
- Tuffier et J. Roux-Berger. — *In Traité médico-chirurgical des maladies de l'œsophage et de l'estomac*. (Masson, Paris, 1913).
- Van Roojen. — *Archiv. für klin. Chir.* XLI, fasc. 2, 1909.
- Villard. — De l'emploi d'un bouton de Murphy modifié dans les interventions sur le tube digestif. (*Gazette des Hôpitaux*, n° 12, mars 1895).
- Walton Martin. — *Annals of Surgery*, XLIX, n° 4, avril 1909.
- Wilkie. — *Edimbourg med Jour.* IV, n° 4, octobre 1910.
-

